

精神分裂症患者暴力行为体验的定性研究

黄慧珍¹, 陈宇斌², 冯杨¹, 张舒欣¹, 卢民乐¹, 董俊辉¹, 王飞³, 周郁秋^{1,2}

摘要: **目的** 了解精神分裂症患者暴力行为的主观体验,为临床制订有效的暴力预防措施提供依据。**方法** 采取描述性现象学方法,以目的抽样法选取 15 例稳定期精神分裂症患者进行半结构化访谈,采用 Colaizzi 7 步分析法进行资料整理与分析。**结果** 归纳出 3 个主题及 9 个亚主题:暴力行为的激活因素(疾病症状、家庭环境、社会环境与突发事件);暴力后的心理反应(后悔与内疚、失控与无力感、对后果的担忧);暴力的应对策略(自我调节策略、寻求外部支持、治疗与重建)。**结论** 精神分裂症患者暴力行为受症状、家庭与社会环境交互作用的影响。医务人员应关注患者的情绪与认知体验,开展多维度干预措施,降低暴力风险,促进其社会功能康复。

关键词: 精神分裂症; 暴力行为; 疾病症状; 家庭环境; 社会环境; 自我调节策略; 定性研究

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.22.089

Experience of violent behavior among patients with schizophrenia: a qualitative study

Huang Huizhen, Chen Yubin, Feng Yang, Zhang Shuxin, Lu Minle, Dong Junhui, Wang Fei, Zhou Yuqiu, School of Nursing, Huzhou University, Huzhou 313000, China

Abstract: **Objective** To understand the subjective experience of violent behavior in patients with schizophrenia and provide a basis for the clinical formulation of effective violence prevention measures. **Methods** A descriptive phenomenological approach was adopted to guide the study. Fifteen patients with stable phase schizophrenia were purposively recruited to participate in semi-structured interviews. Data were analyzed following Colaizzi's phenomenological method. **Results** Three themes and nine sub-themes were identified: triggers of violent behavior (symptoms of illness, family environment, and social environment and sudden events), psychological experiences following violent behavior (regret and guilt, feelings of loss of control and powerlessness, and concerns about the consequences), and coping strategies (self-regulation, seeking external support, and treatment and reconstruction). **Conclusion** Violent behavior in patients with schizophrenia is triggered by the interplay among clinical symptoms, family and social environments. Healthcare professionals should carefully consider patients' emotional and cognitive experiences and implement multidimensional interventions aimed at reducing violence risk and facilitating social functional recovery.

Keywords: schizophrenia; violent behavior; disease symptoms; family environment; social environment; self-regulation strategies; qualitative research

精神分裂症是一种病因未明的慢性精神疾病,多起病于青壮年,具有高复发率、高致残率的特点。目前,全球约有 2 400 万人遭受该疾病的困扰^[1]。暴力行为是指患者在症状或环境因素下,突发的攻击他人、自伤或破坏物品的行为^[2]。研究显示,精神分裂症患者的暴力发生率是普通人群的 2~10 倍^[3]。一项 Meta 分析结果显示,中国住院精神分裂症患者的暴力行为发生率平均为 35.4%^[4]。暴力行为不仅危及自身及他人的生命财产安全,也给医务人员及家庭照顾者带来巨大的情感创伤^[5]。此外,媒体对极端暴力事件的报道会进一步引发公众的恐慌,加剧社会对精神分裂症的污名化^[6]。因此,如何有效识别和预防暴力行为成为重大的公共卫生

问题。研究表明,精神分裂症患者的暴力行为是人口学、遗传生物学、精神病理学和心理社会学因素共同作用的结果^[7],但暴力行为在精神分裂症患者中呈现出高度的个体差异性^[8],且深受患者内在情感与认知的驱动。现有研究侧重于从家庭照护者、医务人员等受害者视角出发分析暴力事件的发生过程^[9-10],缺乏对患者暴力行为主观体验的深入探索。因此,本研究采用定性研究中的描述性现象学方法,深入探究患者视角下的暴力行为体验,识别潜在诱因,理解其内在情感与认知过程,为制订个性化暴力防治策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 2025 年 2—4 月,采用目的性抽样选取湖州市第三人民医院门诊和病房住院的稳定期精神分裂症患者为研究对象。纳入标准:①由精神科医生根据国际疾病分类编码第 11 版^[11]确诊为精神分裂症;②具有较好的自知力;③过去 1 年内至少有 1 次暴力行为,且能够回忆并分享暴力的经历和感受;④

作者单位:1. 湖州师范学院护理学院(浙江 湖州,313000);2. 哈尔滨医科大学护理学院;3. 湖州市第三人民医院护理部

通信作者:周郁秋,hlxyq@163.com

黄慧珍:女,硕士在读,学生,18879700229@163.com

科研项目:国家自然科学基金项目(72074063)

收稿:2025-06-23;修回:2025-08-19

病情处于稳定期,具有良好的理解及沟通能力;⑤自愿参加,签署知情同意书。排除标准:①有重大生理疾病或乙醇等物质滥用;②患有其他精神障碍;③精神发育迟滞等严重的脑器质性疾病。研究的样本量以资料达到饱和为原则,即当访谈结果无新的主题析出时访谈停止。最终纳入 15 例研究对象(编号 P1~P15),其中男 8 例,女 7 例;年龄 22~58(35.9 ± 8.9)岁;初中文化程度 6 例,高中 5 例,大专及以上 4 例;未婚 10 例,已婚 2 例,离婚 3 例;居住于城镇 8 例,农村 7 例;8 例为首次暴力行为,7 例为多次暴力行为;最后 1 次暴力行为发生距访谈时间约 1 个月。本研究已通过伦理委员会审批(2025-054),受访者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 基于文献回顾及与课题组讨论制订初步访谈提纲;咨询精神医学、护理学、心理学等领域专家后修订访谈提纲;对 2 例患者进行预访谈(访谈结果不纳入分析),最终确定访谈提纲。包括:①可以聊一聊您之前的暴力经历吗?②您认为是哪些因素导致您发生暴力行为?③在暴力行为发生后您的感受是什么?④您认为暴力行为会给自己带来什么影响?⑤为了预防暴力行为,您之前做了哪些事?以后准备怎么做?⑥您还有别的需要补充的吗?

1.2.2 资料收集及质量控制 访谈场所选在安静且隐蔽的环境,由 1 名接受过质性研究培训的护理硕士研究生对患者进行半结构化访谈。访谈前向医生了解患者的基本情况,并与患者建立足够的信任,减少受访者的访谈顾虑。正式访谈前告知患者此次访谈的目的、方法及内容,承诺取得的所有资料及录音信息均严格保密。访谈过程中,鼓励患者说出内心真实想法,不诱导,研究者认真倾听,随时记录患者表情和肢体动作,对不清楚之处及时询问确认。每次访谈 30~45 min。访谈结束后,由 1 名经过培训的研究者于 24 h 内将录音转为文本材料,另 1 名研究者进行核对,确保内容准确无误。

1.2.3 资料分析 将文本资料导入 Nvivo12.0 软件中,由 2 名研究者采取 Colaizzi 7 步分析法^[12]对资料进行分析,包括充分阅读转录资料,识别并提取有意义的陈述,编码反复出现的观点,聚类初步形成主题,对初步主题进行定义和描述,最终提炼形成主题概念,将结果返回受访者处求证。资料整理分析过程在具有丰富质性研究经验的专家指导下进行,分析过程中如若存在分歧,由课题组共同讨论确定最终主题。所有资料已返回受访者进行验证以确保研究结果的真实性及可靠性。

2 结果

2.1 主题 1:暴力行为的激活因素

2.1.1 疾病症状 患者普遍提到,在暴力发生前常

伴随着幻听、妄想症状,尤其是具有威胁性或指令性幻听,易使其产生暴力行为。P15:“当时耳边一直有声音,让我参加通关游戏,只要我杀了我爸爸,她就会放过我,我就照做了。”此外,被害妄想会让患者产生极端的认知扭曲,进而以“自我保护”的方式实施暴力行为。P13:“我妈妈故意在牙膏里放了药,导致我女儿牙龈出血,她就是想害死我女儿,我就用扫把打了我妈。”部分患者指出,不规律服药是情绪波动加剧的重要因素,易导致行为控制能力下降。P9:“可能跟没吃药有点关系吧,当时感觉情绪不对了,好像要复发了。”

2.1.2 家庭环境 高情绪表达、负性沟通及家庭成员的误解和压迫,被认为是诱发暴力行为的重要家庭因素。部分患者表示,长期遭受贬低、指责,愤怒情绪会在积累至临界点后爆发。P3:“我生病后一直没去工作,我妈妈觉得我是一个累赘,一直跟我吵架、贬低我,直到她把碗重重摔在桌子上,我实在受不了,就打了她。”同时,过度干涉和管控也会引发患者反抗心理,激化矛盾。P9:“他们管着我,不由着我,数落我吃饭挑食,爱抽烟、喝酒、喝饮料,又说我不去工作了,我听到他们说这些就很烦躁,很想动手。”家庭成员的不理解甚至威胁性的语言表达,更进一步加剧患者的不安全感与敌意情绪。P6:“我只要哪里惹他们不顺心,他们就说要把我抓去精神病院,跟他们根本沟通不了。”

2.1.3 社会环境与突发事件 部分患者反映,社会歧视、公开羞辱等负面外部刺激易引发愤怒与攻击冲动。P4:“一个人跑出去,坐公交车去离家远的地方,别人骂我神经病,我很生气就打他的头。”住院期间的敌对互动也可成为暴力行为的导火索。P12:“我在那排队洗澡,然后有个人过来插队,我说不要过来她不听,我就很生气地动手了。”此外,生活中的重大负性事件如离婚、失业等也会造成心理冲击,破坏情绪稳定性。P5:“当时离婚了啊,我很郁闷,感觉有气憋在心里,很想发泄出去。”P6:“我上份工作要两班倒,身体熬不住,辞职后一直没找到工作,心里很烦躁、焦虑。”

2.2 主题 2:暴力后的心理反应

2.2.1 后悔与内疚 部分患者在暴力行为发生后产生强烈的懊悔情绪与自责感。P1:“我真的很后悔,我希望自己没有做过这件事。”此外,对家庭造成的经济与情感负担也是患者内疚的重要来源。P8:“我伤害了我的父母,他们肯定心理很难过,我很愧疚。”P2:“我对不起我爸,如果把别人打伤了,不是得赔钱的吗?他们为了我浪费了很多钱,医药费那些。”

2.2.2 失控与无力感 部分患者在回忆暴力发生时,表达出“行为失控”的主观体验。P5:“当时脑子里面一片空白,只记得被愤怒淹没了。”P10:“感觉自己

好像被魔鬼控制住了一样,身体都不听使唤。”长期缺乏家庭理解和支持,使一些患者感到无助。P3:“我真的不想打人,但我父母不愿意改变(对我的打压与辱骂),我也很无奈…”此外,幻听等持续性症状会进一步削弱患者对自我控制与治疗效果的信心。P15:“脑子里一直有声音让我做坏事,我控制不住自己啊,我很难过,感觉自己永远都好不了。”

2.2.3 对后果的担忧 暴力行为所带来的现实后果是患者长期担忧的问题。部分受访者担心因此被再次强制住院、失去家庭信任或限制自由。P14:“我怕他们不让我回家了。”P7:“我怕他们又要把我关进封闭病房。”同时,部分患者还表现出对社会评价与人际关系的焦虑,担心自己被贴上“危险人物”的标签。P11:“知道我打人,就会对我有不好的评价,说我是危险分子,然后不跟我玩。”

2.3 主题 3:暴力的应对策略

2.3.1 自我调节策略 部分患者通过自我觉察和情绪管理策略来应对愤怒与冲动,从而避免暴力行为的进一步升级。P11:“我自己深呼吸,心里默念,不要生气,不要冲动。”另有患者通过转移注意力的方式如听音乐、运动等缓解负面情绪。P9:“我心情不好就听音乐、跑步,能平静些。”此外,部分患者提到,日常参与简单劳动有助于疏导情绪、增强自我效能感。P10:“我有时会帮阿姨打扫卫生,打扫完心情好多了。”

2.3.2 寻求外部支持 当患者自我识别到情绪波动加剧或出现暴力冲动时,一些个体会主动寻求外部帮助以防事态恶化。P1:“在病房里面,我要是感觉情绪不对了,好像要打人了,我就会主动跟护士说,让他们把我关起来。”在家庭情境中,个别患者依赖亲属协助进行控制。P15:“别人叫我做坏事时,我马上告诉爸爸,爸爸就用手铐把我拷在床上。”这些行为体现了患者在暴力行为控制方面的自我意识提升与行动意愿。

2.3.3 治疗与重建 规律服药和心理干预被多数患者认为是维持情绪稳定、减少暴力风险的核心手段。P6:“按时服药让我心里安静些,心理医生教我怎么想事情。”此外,职业活动在患者社会功能重建中的积极作用亦得到体现。工作不仅有助于转移注意力、降低家庭矛盾,也增强了患者的归属感和价值感。P13:“我出院后就想着找份好工作,只要有事情做,见的人多了,就不再老想着那些烦心事。”

3 讨论

3.1 识别暴力行为的激活因素,推动系统性综合干预 本研究结果表明,暴力行为的激活因素主要包括疾病症状、家庭环境及社会刺激三方面。与既往的研究结果^[7]一致。其中,阳性症状是最重要的暴力预测因素之一^[13]。可能是因为患者处于病态的世界感知中,容易将幻听或妄想内容错误解读,进而诱发暴力

行为^[14]。然而,并非所有阳性症状均直接导致暴力,只有在幻觉内容具备威胁性或指令性时,行为失控的风险才显著增加^[15]。建议医务人员动态监测患者症状变化,并进行应急预案管理。研究显示,与至少80%时间遵从用药的患者相比,依从性不佳的患者出现更严重的刑事违法行为的概率高出1.5倍^[16],突显了通过提升药物依从性来预防暴力行为的关键干预价值。临床医务工作者应加强对患者及家属的用药教育,定期进行用药依从性评估。对于用药依从性差的患者,可考虑开展药物管理小组或用药提醒服务。家庭系统理论^[17]指出,家庭作为一个情绪单位,成员之间的互动会显著影响个体的行为、认知和情绪的改变。本研究中,部分患者经历了家庭成员的贬低、责备或过度控制。这种负性家庭环境可能激发患者的愤怒情绪与敌意,从而导致暴力的发生^[18]。医务人员应定期开展家庭教育和沟通技巧培训,提高照护者的疾病认知水平,减少责备、过度控制等负性互动模式。此外,本研究发现病房中的敌对互动、公共场所的羞辱性对待会诱发患者的暴力冲动。这可能是因为削弱了患者的自尊与存在感,增加其社会边缘化体验有关^[19]。与 Nader 等^[20]提出的终身暴力轨迹模型结果相一致。生活中的重大应激事件往往会激化患者的挫败感,降低其对潜在威胁的容忍度,从而加重敌意情绪并引发暴力行为。卫生部门应加强对公众的科普教育,通过社区讲座、媒体宣传、体验式课程等形式,减少公众对精神障碍患者的歧视与误解,构建包容、理解、支持的外部环境。由于不同个体的暴力行为可能存在异质性起源^[21-22],在临床实践中,建议采用系统化的暴力风险评估工具,结合精神症状严重程度、药物依从性、家庭氛围和社会支持状况进行动态监测和个性化干预。

3.2 关注患者的负性情绪,推动持续性心理护理 本研究显示,患者在暴力行为发生后常伴随一系列负性情绪体验,包括后悔、内疚、无力感以及对自身行为后果的担忧。例如,部分患者在对亲属实施暴力行为后表现出深刻的懊悔与对家庭经济负担的焦虑。这一现象不仅反映患者对行为后果的认知,更揭示了其内心深处受儒家文化中孝道与家庭责任观念的深层影响^[23]。暴力行为一旦违背“尊亲、养亲”等核心价值时,势必会引发患者的强烈道德谴责与内在冲突。建议医务人员要及时识别并处理患者负性情绪,通过引入宽恕疗法^[24]帮助患者缓解因道德冲突引发的内在压力,促进其自我接纳。此外,患者描述的“被魔鬼控制、被愤怒淹没”等失控体验,提示其在暴力行为发生时处于一种认知与情绪的高度混乱状态。这可能与急性精神病症状的发作,以及情绪调节能力受损密切相关^[25]。与 Aguilar 等^[26]研究一致,本研究进一步发现,家庭系统的持续高压和阳性症状的长期困扰,会增加患者的无力感与绝望感,这种消极情绪会

进一步增加暴力风险。多数患者还对暴力行为引发的后果深感担忧,包括再次被强制住院、失去家庭信任、遭受负面评价等,这与既往研究结果^[27]相符。患者对未来生活的不确定感往往会削弱其对治疗的信任与配合意愿,阻碍其安全感重建与社会功能恢复。已有文献指出,精神障碍患者普遍面临“双重压力”^[18]:一方面源于疾病本身带来的思维混乱和情绪困扰^[28],另一方面是持续存在的社会污名与家庭排斥^[29-30]。这种双重压迫易诱发患者的病耻感和自我边缘化心理,严重影响其康复动机与社会适应力^[31]。基于此,卫生部门应同时重视患者社会支持系统的构建与修复,通过提升家属疾病知识水平,联合社区精神卫生服务进行反污名宣传活动,营造更具理解与包容性的康复环境。

3.3 挖掘患者主动应对能力,优化暴力预防路径

本研究发现,患者在暴力行为发生过程会尝试采取积极的应对策略,包括自我情绪调节、主动寻求帮助、积极配合治疗和重建职业等方式,以减少暴力行为的发生及其带来的负面影响。具体而言,部分精神分裂症患者在情绪波动或暴力冲突前,能够主动运用自我调节策略(如深呼吸、心理暗示、听音乐、做家务等)缓解负性情绪。这一发现挑战了以往将患者视为“被动干预对象”的刻板印象,突显了患者在暴力行为预防中具备一定的自主调节与行为控制能力^[32]。建议临床医务人员在日常治疗护理中鼓励患者识别自身情绪波动,开展情绪调节技能训练(如放松训练、情绪日记、冥想练习等),帮助其建立主动应对暴力冲动的内在机制;同时将不同患者的应对风格、情绪识别能力及过往行为模式纳入护理评估体系,制订具有针对性的个体化干预计划,动态调整预防策略。同时,本研究还发现,部分患者在识别到情绪即将失控时,能够主动向医护人员或家属求助。这种求助行为在良好的支持系统中得以转化为积极的暴力防御机制,成为干预风险的重要环节^[33]。因此,医疗机构应设置明确、低门槛的求助通道,如情绪信号卡、定期情绪访谈、快速响应机制等,帮助患者在情绪临界点获得及时支持。此外,患者认为药物治疗、心理干预与职业参与是降低暴力行为的关键手段,这与既往研究结果^[34]一致,如氯氮平、利培酮等抗精神病药物可有效稳定精神症状,降低冲动概率^[35];心理干预(如认知行为疗法)可通过认知重建帮助患者理解并调适自身行为^[36];而职业活动则有助于恢复患者的日常节奏,重建价值感与社会联结^[37]。相关研究进一步指出,精神障碍患者若能实现稳定的社会角色重建,其暴力行为的发生率将显著降低^[38]。医务人员通过整合药物治疗、心理干预、职业康复与社会支持等多元化手段,有望全面降低暴力风险,促进精神分裂症患者康复与社会功能重建。

4 结论

本研究通过对 15 例精神分裂症患者进行半结构化访谈,揭示其暴力行为背后的多重诱因及其主观体验。建议精神科医疗机构系统关注精神障碍患者的暴力风险管理,重视对暴力行为激活因素的评估与动态监测,完善多维度风险识别机制,提升临床预警与干预能力。应加强对患者负性情绪的识别,结合情绪调节训练与心理干预措施,缓解情绪波动对行为的影响,促进心理状态的稳定。鼓励患者主动参与康复过程,增强其自我识别与调节能力,将其主观能动性纳入个体化护理与干预计划,形成风险共防的良性机制。本研究存在一定的局限性:首先,采用回顾性资料收集法,所获信息可能受到记忆模糊和回忆偏差的影响,未来可考虑采用纵向定性研究方法,更全面、深入地探讨个体或群体跨时间的体验与行为变化。其次,本研究未纳入患者家属及医务人员访谈,未来可开展患者-家属/患者-医务人员二元视角质性访谈,为减少暴力事件发生提供更全面的依据。

参考文献:

- [1] Owen M J, Sawa A, Mortensen P B. Schizophrenia[J]. Lancet, 2016, 388(10039): 86-97.
- [2] Wang K Z, Bani-Fatemi A, Adanty C, et al. Prediction of physical violence in schizophrenia with machine learning algorithms[J]. Psychiatry Res, 2020, 289: 112960.
- [3] Edlinger M, Rauch A S, Kemmler G, et al. Risk of violence of inpatients with severe mental illness: do patients with schizophrenia pose harm to others? [J]. Psychiatry Res, 2014, 219(3): 450-456.
- [4] Li W, Yang Y, Hong L, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies[J]. Asian J Psychiatr, 2020, 47: 101846.
- [5] Abderhalden C, Needham I, Dassen T, et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland [J]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2007, 3(1): 30.
- [6] Buchanan A, Sint K, Swanson J, et al. Correlates of future violence in people being treated for schizophrenia [J]. Am J Psychiatry, 2019, 176(9): 694-701.
- [7] Bo S, Abu Akel A, Kongerslev M, et al. Risk factors for violence among patients with schizophrenia [J]. Clin Psychol Rev, 2011, 31(5): 711-726.
- [8] Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention [J]. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 2008, 363(1503): 2505-2518.
- [9] Ayhan C H, Aktas M C, Karan E. Psychiatric nurses' experiences of patient violence on acute psychiatric units in Turkey: a qualitative study [J]. BMC Nurs, 2025, 24(1): 363.

- [10] Neha A, Gandhi S, Manjula M, et al. Caregivers' experiences of aggressive persons with schizophrenia[J]. Indian J Psychol Med, 2021, 43(1): 10-15.
- [11] Valle R. Schizophrenia in ICD-11: comparison of ICD-10 and DSM-5[J]. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed), 2020, 13(2): 95-104.
- [12] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(11): 90-92.
- [13] O'Reilly K, Donohoe G, Coyle C, et al. Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder[J]. BMC Psychiatry, 2015, 15(1): 155.
- [14] Ekinci O, Ekinci A. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia[J]. Nord J Psychiatry, 2013, 67(2): 116-123.
- [15] Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, et al. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions[J]. Schizophr Res, 1997, 26(2-3): 181-190.
- [16] Li Y, Wen H, Xiong C, et al. Medication nonadherence and risk of violence to others among patients with schizophrenia in western China [J]. JAMA Netw Open, 2023, 6(4): e235891.
- [17] Rothbaum F, Rosen K, Ujiie T, et al. Family systems theory, attachment theory, and culture [J]. Family Process, 2002, 41(3): 328-350.
- [18] Ünlü I, Acar Y B. Violence against patients with schizophrenia from their surrounding environment: a qualitative study in Turkey [J]. J Psychosoc Rehabil Ment Health, 2022, 9(2): 159-167.
- [19] Ross A M, Morgan A J, Jorm A F, et al. A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2019, 54(1): 11-31.
- [20] Nader G, Qureshi M, Chaudhary Z, et al. Effect of personality traits, psychological resilience and life adversities on lifetime violence trajectories: a novel classification model in schizophrenia [J]. Psychiatry Res, 2024, 339: 116044.
- [21] 郭嘉豪, 蒋雅丽. 精神病态的理论研究进展[J]. 中国临床心理学杂志, 2022, 30(1): 90-94.
- [22] Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment[J]. Schizophr Bull, 2011, 37(5): 921-929.
- [23] 肖群忠. 儒家孝道与当代中国伦理教育[J]. 南昌大学学报(人文社会科学版), 2005, 36(1): 1-6.
- [24] Hikmat R, Yosep I, Aisyah P S, et al. Forgiveness therapy to reduce violent behavior in individuals with schizophrenia: a case study[J]. OBM Neurobiol, 2025, 9(1): 1-10.
- [25] Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G, et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics[J]. World Psychiatry, 2022, 21(2): 168-188.
- [26] Aguilar E J, Leal C, Acosta F J, et al. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? [J]. Eur Psychiatry, 2003, 18(4): 190-192.
- [27] Aydn A, Kargn M, Çelebi E. The perceptions of inpatients with schizophrenia about aggression: a qualitative study[J]. Anadolu Psikiyatr De, 2019, 20(6): 597-605.
- [28] Berglund A M, James S H, Raugh I M, et al. Beliefs about the uncontrollability and usefulness of emotion in the schizophrenia-spectrum: links to emotion regulation and negative symptoms[J]. Cognit Ther Res, 2023, 47(2): 282-294.
- [29] Pescosolido B A, Manago B, Monahan J. Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: stigma and its consequences[J]. Health Aff (Millwood), 2019, 38(10): 1735-1743.
- [30] Hsu M, Tu C. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads [J]. J Adv Nurs, 2014, 70(2): 336-349.
- [31] Lin Y Y, Lin M L, Huang Y H, et al. Effects of rehabilitation models on self-stigma among persons with mental illness[J]. Healthcare (Basel), 2022, 10(2): 213.
- [32] Lei H, Chiu M M, Quan J, et al. Effect of self-control on aggression among students in China: a meta-analysis [J]. Child Youth Serv Rev, 2020, 116: 105107.
- [33] Ma R, Wang Y, Wang X Q, et al. Analysis of hindering and facilitating factors of help-seeking behavior in schizophrenia based on COM-B model: a descriptive qualitative study[J]. BMC Psychiatry, 2023, 23(1): 770.
- [34] Hsu M C, Ouyang W C. Effects of integrated violence intervention on alexithymia, cognitive, and neurocognitive features of violence in schizophrenia: a randomized controlled trial[J]. Brain Sci, 2021, 11(7): 837.
- [35] Reisegger A, Slamanig R, Winkler H, et al. Pharmacological interventions to reduce violence in patients with schizophrenia in forensic psychiatry [J]. CNS Spectr, 2022, 27(4): 388-398.
- [36] Yosep I, Hikmat R, Suryani S, et al. Nursing strategies for implementing psychosocial interventions to address violence behavior in schizophrenia: a scoping review[J]. BMC Nurs, 2025, 24(1): 503.
- [37] Rampling J, Furtado V, Winsper C, et al. Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: a systematic review and narrative synthesis[J]. Eur Psychiatry, 2016, 34: 17-28.
- [38] Mauri M C, Cirnigliaro G, Di Pace C, et al. Aggressiveness and violence in psychiatric patients: a clinical or social paradigm? [J]. CNS Spectr, 2019, 24(5): 564-573.

(本文编辑 吴红艳)